Ueber

Haemorrhagische Diathese.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

medicinischen Fakultät zu München

unter dem Präsidium des Herrn

Prof. Dr. Fr. Seitz

von

August Hellberg

appr. Arzt.

München, 1887.

Druck von A. Gradinger, Neuthurmstrasse 3a.

Ueber

Haemorrhagische Diathese.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt der

medicinischen Fakultät zu München

unter dem Präsidium des Herrn

Prof. Dr. Fr. Seitz

von

August Hellberg

appr. Arzt.

München, 1887.

Druck von A. Gradinger, Neuthurmstrasse 3a.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548321_0050

Seinem Bruder Heinrich
in dankbarer Gesinnung gewidmet

vom

Verfasser.

Wohl Manchen dürfte beim Studium jenes Kapitels der inneren Medizin, in welchem diejenigen Erkrankungen Platz gefunden, deren Wesen in dem Schlagworte „hämorrhagische Diathese“ gipfelt, im Gefühl des Mangels an Ueberzeugung, an Präcision der Definirung gedachter Krankheitsformen beschleichen. Und beide der sonst üblichen Exactheit der medizinischen Wissenschaft fremde Gefühle schwinden keineswegs, wenn wir uns auch eingehender mit einem beträchtlichen Theile der früheren und späteren Jahren angehörigen einschlägigen Literatur befassen, fast möchte ich sagen, sie fassen festere Wurzel.

Während hier eine Reihe von Autoren und Autoritäten für strikte Spezialisirung von Erkrankungsformen eintritt, welche in dem Auftreten der „Neigung zu Blutungen“ nur ein allen gemeinsames Sympton zeigten, während sie ihrem sonstigen Wesen nach grundverschieden seien, subsumiren andere die gedachten Krankheitsbegriffe mehr oder minder einer Einheit als einheitlichen Effect der verschiedenartigsten ätiologischen Momente, unter einander nur nach Grad und Lokalisation Verschiedenheiten zeigend. Und wie hier ein grosser Zweifel und Unsicherheit herrschte und noch herrscht, so werden auch wir persönlich unsicher in Beurtheilung und Erklärung, sobald wir gezwungen sind, in diesbezüglichen praktischen Fällen am Krankenbette, ja selbst Seciertische eine definitive Diagnose zu stellen.

Ein Fall, den zu beobachten ich Gelegenheit hatte und dessen Publicirung mir mein sehr verehrter Herr Ordinarius, Herr Oberstabsarzt Dr. M. Vogl gütigst gestattete, mag einleitende Bemerkung rechtfertigen.

Der Gemeine Josef Aigner, 21 Jahre alt, im 2. militärischen Dienstjahre bei einem Infanterie-Regimente stehend, wurde am 28. November 86 mit der Diagnose „Sehnenscheidenerguss“ ins Garnisonlazareth München aufgenommen.

Patient zeigte auffallende Blässe der Haut und mucosen gab jedoch an, dass er schon von jeher dieses Aussehen besitze, sich dabei stets wohl befunden habe und niemals krank gewesen sei. Auch Eltern und Geschwister bezeichnete er als gesund lebend. Weiteres fiel bei der Inspection des Mannes auf eine diffuse Gelbfärbung, welche unterhalb der rechten clavicula begann, sich nach unten bis gegen den Rippenbogen erstreckte und auch nach vorne und hinten sich weit ausdehnte. Patient erklärte, immer nach dem Schiessen infolge des Gewehrstosses solch bedeutende Verfärbungen bemerkt zu haben. Was den angeblichen „Sehnenscheidenerguss“ anlangt, so verursachte ihm derselbe nicht die geringsten Beschwerden und bestand er in einem nicht ganz hühnereigrossen, schmerzlosen, in der Mitte Fluktuation zeigenden tumor, der am linken Vorderarme, nach oben vom Handgelenke, entsprechend den Flexorensehnen sich befand und mit letzteren sich etwas bewegte. Sein Entstehen bemerkt Patient seit den letzten Manövern, also etwa August 1886 und weiss dafür keine Ursache anzugeben. Die Behandlung bestand in energischem Jodtinkturanstrich und Compression mittels Flanellbinden. In den nun folgenden Tagen zeigte der Behandelte nichts weiter Auffälliges und befand sich ganz wohl, nur schien am 3. XII. 86 der tumor das Fluktuationsgefühl deutlicher als früher zu bieten.

Am 5. XII. nun klagte der Kranke bei der Morgenvisite über intensive Schmerzen an verschiedenen Stellen der Wadenmuskulatur und im linken Fussgelenke; auch fühlte er sich sehr müde und blieb deshalb an diesem Tage zu Bette.

Am 6. traten sehr empfindliche Schmerzen auch in den Weichtheilen des rechten Oberschenkels auf. Eine Beschränkung der schmerzhaften Empfindungen auf eine bestimmte Nervenbahn (Ischias ?) konnte nicht constatirt werden. Schmerzen im linken Fussgelenke die gleichen, äusserlich nichts Auffälliges

sichtbar. Bei passiven Bewegungen des Fusses steigert sich die Schmerzhaftigkeit, active werden deshalb vermieden.

Am 7. traten ähnliche Schmerzen in der linken Thoraxwand auf, besonders empfindlich auf Druck; sonst status idem; T. u. P.- normal. Appetit sehr gut; grosser Durst wird geklagt.

Am 8.: Linkes Fussgelenk äusserst schmerzhaft, die Schmerzen im Oberschenkel bedeutend gemindert. Natr. salicyl 3,0 bleibt ohne Wirkung.

Am 9.: Die Blässe des Patienten wird mehr und mehr auffallend; am Zahnfleische sowie der Lippenschleimhaut zahlreiche Ecchymosen, theilweise in Form blutiger Krusten, nach deren Entfernung man keine lädirten Stellen bemerkt.

Aigner fühlt sich sehr matt; Schmerzen die gleichen; durch Nadelstich am Finger wurde eine Blutprobe gewonnen und im Laboratorium des Herrn Stabsarztes Dr. H. Buchner in Bezug auf Form und Zahl der rothen Blutkörperchen und ihres numerischen Verhältnisses zu den weissen untersucht, jedoch mit negativem Ergebniss.

T-normal; P-etwas klein; Herztöne rein, an den Halsgefässen links wenig laute anämische Geräusche; App tit fortwährend gut. Patient erhält schweren Rothwein, Beefsteak und mehrmals des Tages Tinktur ferri pom; ausserdem wird acid. citr. verordnet.

Am 10.: Aigner bietet das Bild der Prostration; Anämie der Haut und mucosen gesteigert, Augen tief liegend, Gefühl der Mattigkeit und Kraftlosigkeit. Blase halbkugelig vorgewölbt, bis zum Nabel reichend; willkürliche Entleerung nicht möglich; mit Katheter erhält man über 1 Liter hellen, klaren, vom pathologischen Bestandtheilen (auf Eiweiss, Zucker und Sedimente im gleichen Laboratorium untersucht) freien Harnes. Aus dem rechten Gehörgange (Patient liegt fast immer rechtsseitig) war während der Nacht vom 9.—10. fortwährend fleischwasserfarbene Flüssigkeit ausgesickert. Die Untersuchung mit Spiegel zeigte normales Trommelfell, die Wände des äusseren Gehörganges befeuchtet, nirgends excoriirt. Der Temperaturverlauf tagsüber war per ax. gemessen: 37,4C. —38,0—38,8;

P.=klein; Appetit gut; Schmerzen allseits weniger empfindlich; Geräusche an den Halsgefässen nicht mehr zu hören.

Am 11.: In der Nacht auf 11. hatte Pat. 5mal braun gefärbte, jedoch diarrhoische Darmentleerungen; 3 davon fanden unwillkürlich statt. Blase wie Tags zuvor mit Katheter mehrmals entlastet. Ecchymosen an gingiva und Lippenschleimhaut reichlich; Zahnfleisch zeigt leichte Schwellung; T.=normal; P.=klein und frequent; Appetit gut, Durst quälend.

Am 12.: Hinfälligkeit bedeutend gesteigert; 3 diarrhoische, braun gefärbte Dejectionen. Schmerzen bedeutender, nunmehr in beiderseitigen Unterschenkeln und auch im rechten Fussgelenke. Appetit wie bisher; T.=normal, P.=108, klein; Sensorium frei. Sonst status idem; auch die Behandlung die gleiche.

Am 13.: 1 diarrhoischer Stuhl; ein zweiter von gleicher Consistenz enthält etwa 3 Esslöffel voll flüssigen Blutes. Das aus dem rechten Ohre flüssende Serum zeigt mehr Rothfärbung; beiderseitige nates schmerzhaft geschwellt, an ihrer Oberfläche die Epidermis blasig abgehoben; aus einer Einstichöffnung fliesst reichlich blutiges Serum. Tverlauf: C 38,0—38,3—38,9 – 40,0— 39,0 – 39,4 – 38,6. Die Prostration hat zugenommen, Durstgefühl gesteigert, Appetit verschwunden, sonst status idem.

Am 14.: 2 Stühle, beide blutig, Blase mit Katheter entleert; an den nates fliesst fortwährend an Stelle der entfernten Epidermis leicht roth gefärbtes Serum ab. Die Gesässbacken selbst fühlen sich infiltrirt an und sind auf Druck besonders schmerzhaft. Patient schlummert fortwährend; beim Benützen der Leibschüssel tritt ein auf Injektion von Aether rasch vorübergehender Ohnmachtsanfall ein. T.: 39,0 – 39,3—39,1; Abends 5 Uhr: 35,0; P.=klein und frequent; Appetit fehlt; Durst bedeutend.

Am 15.: Gegen Morgen schwand das Bewusstsein vollständig; bei der Visite um $^1/_2$9 Uhr lag Patient in soporösem Zustande und war der Radialpuls nicht mehr fühlbar, Herztöne leise, Herzcontraktion immer seltener werdend, Pupillen erweitert und reaktionslos; Urin ging spontan ab und um 9 Uhr 45 M. Morgens war der eingetretene Tod zu constatiren. Um die durch genannte Krankheitserscheinungen gesetzten Veränderungen

möglichst frisch anzutreffen und an der Hand der Sektion ein möglichst reines Gesammtbild der Krankheit zu gewinnen, der A. in so rascher Weise erlegen war, wurde die Obduktion bereits wenige Stunden nach dem Tode vorgenommen. Sie zeigte:

Stark abgemagerte männliche Leiche, mittelgross; Leichenstarre vorhanden. Auf der mucosa der Lippen und gingiva sowie im rechten äussern Gehörgange reichliche Spuren stattgefundener Blutungen. Am linken Vorderarme, entsprechend der Lage der flexoren Sehnen eine pralle, etwa 8 cm. lange Geschwulst. Ueber beiden nates ulcerirte Flächen von der Grösse je eines Handtellers. Unteres Hautzellgewebe nahezu fettlos, Muskulatur trocken, jedoch dunkelroth gefärbt. An der Rückseite des sternum, im pector mai. und serratus antic. mai. treten zahlreiche, nicht abwischbare, offenbar ältere Blutextravasate von braunröthlicher Farbe, verschieden gestaltet, bis zu Zweimarkstück gross, zu Tage. Herzbeutel bis auf eine etwa 2 Querfinger breite Partie von Lungen bedeckt; letztere vollständig frei. In beiden pleurasäcken je c. 250,0 gr. hämorrhagisch gefärbter Flüssigkeit. Oben erwähnte hämorrhagische Herde zahlreich auch unter der pleura costalis beiderseits, von meist streifenförmiger Gestalt, bis zu 4,0 cm. lang. Die Lungen befühlen sich lufthaltig. Am medianen Rande des rechten Unterlappens eine nicht ganz bohnengrosse, gelbweissliche, rundliche Geschwulst mit glatter Oberfläche. Ober- und Mittellappe durch leicht lösliche fibröse Stränge verwachsen. Herzbeutel und pericardiale Flüssigkeit gehörig. Muskulatur des Herzens mässig contrahirt; Ventrikeln und Vorhöfe blutleer, keine Fibringerinsel, kein cruor; Muskulatur äusserst anämisch; an einer pulmonal Tasche eine punktförmige Hämorrhagie. Sonstiger Klappenapparat gehörig.

Rechte Lunge; Oberlappen sehr blutarm; auf der Schnittfläche erscheint reichlich schaumige Flüssigkeit; lufthaltig. Mittellappen mehr trocken, sonst normal. Unterlappen blutig durchtränkt, ödematös; die blutig durchtränkten Partien luftleer.

Linke Lunge: Fast blutleer, sonst wie rechts. Schleimhaut des ösophagus anämisch; an der hinteren Fläche der epiglottis zwei erbsengrosse Petechien, eine ebensolche im Innern des larynx; dessen lumen mit schaumiger Flüssigkeit

angefüllt. Schilddrüse blutarm, bronchiale Drüsen hämorrhagisch durchtränkt.

Bauch. Zwerchfellstand links an der 5., rechts 4. Rippe; abdomen mässig hervorgewölbt; Netz spinnwebendünn, von wenigen Fettsträngen durchzogen. Lage der Eingeweide gehörig. Leber: 1500 0 gr. schwer, 26,0 cm. im längs, 17,0 im grössten Breitendurchmesser betragend, äusserst anämisch. In der wenig gefüllten Gallenblase dunkler, fadenziehender Inhalt. Milz: 220,0 gr. wiegend; 13 cm. lang, 8,0 breit, 3,5 dick; Consistenz und Blutgehalt normal.

Niere links: 10,0 cm. lang, 6,5 breit. In der capsula adiposa und deren nächster Umgebung fast handtellergrosse hämorrhagische Suffusion; ureter mässig erweitert, enthält Urin; sapsula fibrosa leicht und glatt löslich; Substanz sehr blutarm; in einem Aste des Nierenbeckens ein der Wand fest adhärenter nicht abspülbarer Blutpfropf.

Niere rechts: 12,5 cm. lang, 7,5 breit; keine Spuren stattgefundener Blutung, sonst wie links. Pancreas: blutarm, locker acinös.

Blase: Bis zum Rande des grossen Beckens reichend, prall gefüllt mit klarem Urin; mucosa anämisch, an einer Stelle der hinteren Wand eine längliche Hämorrhagie.

Magen: enthält dunkelbraune Flüssigkeit, pylorus für 1 Finger leicht durchgängig. Im Dickdarme (besonders im colan descendens) zahlreiche Hämorrhagien; im Dünndarme ein ascaris lumbr.

Gehirn: Substanz und häutige Ueberzüge nahezu blutleer; sinus langitudinalis ohne Inhalt; gyri wohl entwickelt; Consistenz normal.

Im linken Fussgelenke zeigte sich die Gelenkflüssigkeit kaum merklich getrübt; Gelenküberzüge der Knochen glatt und glänzend.

Die Geschwulst am linken Vorderarme oberhalb dem Handgelenke, welche bei Lebzeiten des Aigner als Sehnenscheidenerguss imponirt hatte, erwies sich als ein vom ligam. interos. ausgehendes, nierenförmiges „kleinzelliges Rundzellen-Sarkom", mit den Sehnen nur locker verwachsen. Im Centrum

der Geschwulst ein Bluterguss, der jedenfalls seiner Zeit die Fluktuation vorgetäuscht hatte. Der kleine tumor an der rechten Lunge erwies sich unter dem Mikroskope als gleich strukturirt.

Die Sektion hatte demnach Anämie sämmtlicher Organe und zahlreiche Hämorrhagien in den verschiedensten Geweben nachgewiesen; denn, dass ausser den gefundenen noch weitere Blutungen, besonders in der Muskulatur der Unterextremitäten, kurz überall da, wo Patient bei Lebzeiten Schmerzen rheumatoider Natur geklagt hatte, vorhanden waren, dürfte keinem Zweifel unterliegen. Fragen wir nun aber, was das Secirmesser zur Klärung der Diagnosenfrage beigetragen hat, so müssen wir gestehen, dass durch den Sarkombefund die Schwierigkeiten gesteigert wurden, indem neben vielen anderen Möglichkeiten nun auch die Ueberlegung des Falles als „symptomatische hämorrhagische Diathese" Beachtung verdiente.

Haemophilie, Leucaemie, Pseudoleucaemie, Anaemia perniciosa, Skorbut, morbus maculosus Werlhofii — sie alle können einen ähnlichen Symptomencomplex wie den geschilderten zeigen, die eine mehr — die andere minder.

Am ehesten und entschiedensten ist jene Form wohl stets congenitaler hämorrhagischer Diathese in Bezug auf die Diagnose in vorliegendem Falle bei Seite zu stellen, welche man als „Haemophilie" bezeichnet. Erstens fehlte es an jedem anamestischen Anhaltspunkte in Bezug auf derartige erbliche Belastung und zweitens hatte man z. B. nicht bemerkt, dass gelegentlich der Entnahme einer Blutprobe die Blutung aus der Einstichöffnung eine bemerkenswerthe gewesen wäre.

Auch die Leucaemie, welche besonders, wenn sie myelogener Natur ist, ein Krankheitsbild, ganz ähnlich dem fraglichen, zu Tage fördert, muss ebenso wie die Pseudoleucaemie und die von einigen angenommene sog. essentielle oder Blutleukämie negirt werden, nachdem von Seiten der genauen mikroskopischen Blutuntersuchung von Seite der Drüsen und der Milz nichts während der Krankheitsdauer vorlag noch auch bei der Sektion gefunden wurde, was mit ihr zu thun hätte. Leider war eine Untersuchung des Knochenmarkes nicht gut möglich.

An perniciöse Anaemie dagegen musste vor allem bei Leb-

zeiten des Toten gedacht werden; die augenfällige Anämie mit ihren Folgezuständen, den subjektiven Empfindungen der Mattigkeit und Abgeschlagenheit, den zeitweisen Geräuschen über den Halsgefässen u. s. w., ferner der rapide Verlauf der Krankheit und endlich der auffallende Wechsel von fieberfreien und fieberhaften Zeiten, ohne die Möglichkeit der Lokalisation desselben — dies Alles bildet den Rahmen des Krankheitsbildes der perniciösen Anaemie, dies Alles war in ausgesprochenster Form auch in unserem Falle vorhanden. — Und doch wird man nicht leicht mehr einen Fall als perniciöse Anaemie ansprechen wollen, in dem die Mannigfaltigkeit der Form der rothen Blutkörperchen — die Poikilocytose, — oder sonst eine Veränderung derselben nach Zahl oder Farbe fehlt. —

Wenn man unter Beachtung älterer und moderner Ansichten zu dem Schlusse gekommen ist, dass Skorbut der Ausdruck für eine erworbene Constitutionsanomalie ist, welche der Effect der verschiedenartigsten Ursachen sein kann, gewöhnlich aber bedingt ist durch Störungen in der Ernährung des Körpers in Bezug auf Quantität und Qualität der zugeführten Nahrungsmittel und welche dem betreffenden Individuum ein kachectisches Aussehen verleiht, dessen Körper disponirt zu hämorrhagischen und hämorrhagisch entzündlichen Vorgängen, so kann man getrost unseren Fall für Skorcut erklären. Selbstverständlich könnte es sich hierbei nur um sporadischen Skorbut handeln. Dass es aber einen solchen gibt, ist, so sehr diese Frage von ausschlaggebender Seite besonders in früherer Skorbutreicherer Zeit mit aller Energie vertreten und ebenso bestritten worden ist, demnach wahrscheinlicher als nicht. Woher sollte nun, kann man fragen, der Verstorbene, nachdem er unter hygienisch relativ günstigen Kasernverhältnissen gelebt, skorbutkrank geworden sein?

Vielleicht, weil für ihn die gebotenen Nahrungsmittel im Verhältnisse zu den körperlichen Leistungen einem relativen Nahrungsmangel gleich kamen. Und addiren wir zu diesem Mangel die für den ohnehin wenig leistungsfähig aussehenden Patienten gewiss bedeutenden körperlichen Anstrengungen des Militärdienstes und fügen wir endlich hiezu den Einfluss der jedenfalls seit längerer Zeit schon bestehenden bösartigen

Geschwulst, so haben wir Momente genug, welche eine derartige Insufficienz der Körperkräfte und der Lebensenergie der verschiedenen Körpergewebe herbeiführen können, dass alle Symptome des Skorbut auftreten könnten.

Dass in unserem Falle die charakteristischen Zahnfleischaffektionen nicht ausgeprägt waren, könnte daran nichts ändern, da in dieser Beziehung die gelegentlich der grössten Skorbut-Epidemien angestellten Statistiken bewiesen haben, dass das Zahnfleisch vielleicht 30 mal unter 120 Fällen nicht afficirt war. Die blutige Infiltration der nates, wie sie in dem vorgeführten Falle sich gezeigt, wird besonders in Ziemssens „Handbuch der spec. Pathologie und Therapie", Band 13, 2. Hälfte als ein Symptom schwerer Skorbuterkrankung angeführt. Dessgleichen heisst es daselbst von dem auch in unserem Falle so auffallend gewesenem hochfieberhaften Temperaturverlaufe, dass derselbe besonders schwere Formen des Skorbut auszeichne.

Jedoch, wenn man auch viele Beispiele von sporadischem Skorbut in den Blättern des medizinischen Wissens verzeichnet findet, von denen einige in Bezug auf Symptomenreihe und Verlauf der Krankheit auffallende Aehnlichkeit mit vorliegendem haben (siehe 8 Fälle von sporadischem Skorbut in „neuere Beobachtungen über Skorbut", zusammengestellt von Dr. Lüttich; mediz. Jahrbücher, 1877, Band 176), so muss man sich doch fragen, warum sollte der einzige Mann unter Hunderten in gleichen hygienischen Verhältnissen lebenden Kameraden, von denen viele ihrem Körperbaue und ihrem Ernährungszustande nach zu schliessen, entschieden weit weniger widerstandsfähig sind, derartig erkrankt sein? Und bedenken wir ferner, dass berufene Kenner des Skorbut, deren Urtheil inmitten schwerer Epidemien gereift, wie z. B. Villemin, Arzt am Pariser Militärspital Val de Grâce u. a. m., das Vorkommen sporadischer Skorbutfälle nicht nur negirten, sondern sogar soweit gingen, als Ursache für diese Erkrankung ein Contagium zu vindiciren. Villemin behauptet seinem Gegner, dem Marinearzte Leroy de Méricourt gegenüber, welch letzterer sich besonders gegen die Annahme des Skorbut als Infektionskrankheit sträubte, in allen Fällen von angeblich sporadischem Skorbut handle es sich

um purpura. Und ähnlich äussern sich Prof. Dr. Ch. Lasègue und Dr. A. Legroux in ihrer monographischen Arbeit „L'Epidemie de Skorbut dans les prisons de la Seine et à l' Hôpital de la Pitié" vom Jahre 1871, indem sie daselbst die Frage, ob es einen sporadisch auftretenden Skorbut überhaupt giebt, mit einem entschiedenen Nein beantworten; und „wenn Jemand unter skorbutähnlichen Erscheinungen erkrankt, so wird eine sorgfältige Diagnose stets ergeben, dass man es mit keinem wahren Skorbut zu thun hat."

Die Isolirtheit des Falles und der Mangel an ätiologischen Momenten sind es demnach, welche die Diagnose „sporadischer Skorbut" nicht haltbar erscheinen lassen? Was war es aber dann?

Liegt schon in oben angeführter Aeusserung Villemin's eine gewisse Aufforderung, an morbus maculosus Werlhofii zu denken, so werden wir von der Wahrscheinlichkeit dieser Diagnose fast frappirt, wenn wir im mehrfach angezogenem Ziemssen'schen Handbuche über morbus maculosus Werlhofii lesen:

„Mit diesem Namen pflegt man seit Werlhof jene höchst eigenthümlichen und nicht gerade besonders häufigen Fälle erworbener und transitorischer hämorrhagischer Diathese zu belegen, welche wegen ihres ganz „isolirten" Vorkommens, ihrer verhältnissmässig nur kurzen Dauer, ebenso aber auch wegen der „Dunkelheit ihrer Aitiologie" und der scheinbaren Spontaneität ihres Auftretens sich nicht in das pathologische Gebiet der Hämophilie, auch nicht gut in dasjenige des Skorbutes und endlich auch nicht in dasjenige einer gewöhnlichen symptomatischen Disposition zu Blutungen einweisen lassen."

Da haben wir ja scheinbar Alles, was wir zur Erklärung unseres Falles bedürfen in optima forma: isolirtes Vorkommen und scheinbare Spontaneität.

Und der übrige Symptomencomplex?

Ein stadium prodromorum, in Mattigkeit, Abgeschlagenheit u. a. m. zum Ausdrucke gelangend eröffnete die Scene, worauf die eigentliche Krankheit in so unglaublich kurzer Zeit deren Schluss bedingte. Blutungen auf Lippenschleimhaut und gingiva, ohne von Schwellung und Steigerung der Empfindlichkeit in letzteren begleitet zu sein, Blutungen in das Darmlumen; ferner

jene ebenso charakteristischen, als ihrer Entstehung nach dunklen Erscheinungen von Seite der Gelenke, unter dem Namen purpura s. peliosis rheumatica bekannt und endlich das zeitweise hohe Fieber — lauter Symptome, wie wir sie bei der Werlhof'schen Krankheit finden. Aber wo waren die bei morbis Werlhofii fast niemals fehlenden Hautblutungen, von welchen sie den Namen morbus maculosus erhielt? Wie selten anderseits sind bei morbus Werlhofii intramuskuläre und Höhlenblutungen, wie wir sie in unserem Falle so ausgeprägt gefunden hatten? Ferner ist doch der morbus maculosus mehr transitorischer Natur und führt nur selten einen tötlichen Ausgang herbei. Wir hätten es also hier mit einem ungewöhnlichen Exemplare dieser Krankheit zu thun gehabt. Was wir einerseits in Bezug auf Erklärung des Mangels einer Aetiologie, auf scheinbare Spontaneität und Isolirtheit des Falles durch Annahme des morbus maculos. Werlhof. gewonnen, haben wir anderseits verloren an sicherer Unterbringung der übrigen Symptome. Noch mehr muss uns aber der Befund des Sarkoms am linken Vorderarme und des jedenfalls als kleine Metastase aufzufassenden bohnengrossen tumor an der rechten Lunge stutzig machen; um so mehr, wenn wir in einem Buche, wie Ziemssen's Handbuche wörtlich lesen; „Weniger rein und darum auch in ihrer klinischen Bedeutung vielfach angefochten, sind dagegen solche Fälle (von angeblichem morbus maculasus Werlhofii), deren zeitlicher Zusammenhang mit bestehenden oder kürzlich überstandenen anderweitigen Erkrankungen sich zwar, bei unbefangener Betrachtung im Ganzen nur als ein äusserlicher und zufälliger kennzeichnet, die aber doch an „symptomatische hämorrhagische Diathese deshalb erinnern, weil sie nicht übrigens durchaus gesunde Individuen sondern irgendwie pathisch afficirte Personen betreffen." Welche Rolle hat nun in unserem Falle das Sarkom gespielt?

Ist der Symptomencomplex, wie er sich gezeigt, in gar kein ursächliches Verhältniss zum Sarkom zu bringen?

Dann hätten wir es jedenfalls mit einem sehr seltenen Falle eines schweren morbus maculosus zu thun gehabt.

Oder besteht ein theilweiser Causalnexus, so dass wir den

Fall als eine Complication von morbus Werlhofii und Sarkomatose auffassen müssten?

Oder endlich ist die bösartige Geschwulst und deren Metastase allein es, der wir die Schuld zuzuschreiben haben an der zuerst allmählig, dann aber unheimlich rasch und unaufhaltbar sich zeigenden Störung im physiologischen Gleichgewichtszustande des erlegenen Organismus? D. h. hätten wir den Fall als „hämorrhagische Diathese", hervorgerufen durch Sarkomatose, also als symptomatische hämorrhagische Diathese aufzufassen?

Das erste ist unwahrscheinlich, das zweite möglich, das dritte endlich, besonders, wenn wir vorerwähnte Worte Ziemssen's bedenken, vielleicht das richtigste und so wäre denn das Sarkom, dessen Befund die Verwirrung zuerst zu steigern schien, zum Erlöser geworden aus all den diagnostischen Schwierigkeiten, welche sich der Annahme dieser oder jener der angeführten Krankheiten bald mehr bald minder gewichtig entgegen stellten. Allerdings kann ich mir nicht verhehlen, dass auch gegen diese Auffassung manches eingewendet werden kann: zugestanden, dass Sarkome, besonders rundzellige in relativ kurzer Zeit bedeutende Alterationen in der Ernährung der verschiedenen Körpergewebe hervorrufen können, so dass sich rapide ein Zustand von Anämie und Hydraemie entwickelt, dass Blutungen durch die alterirten Capillarwände selbst bedrohliche Dimensionen annehmen können, so muss man sich doch wundern, dass im Falle Aigner sich die Kachexie so bald und so deutlich manifestirte, während doch das Sarkom und dessen einzige Metastase noch sehr unschuldiges Aussehen boten, anderseits im Befinden des Patienten so plötzlich jene verhängnissvolle Verschlimmerung eintrat, während das Sarkom, damals noch „Sehnenscheidenerguss," keinerlei Veränderung zeigte.

Desshalb bin ich auch, in gerechter Erwägung solcher Zweifel, weit entfernt, die schliesslich producirte Ansicht als die allein richtige hinstellen zu wollen. — Ist es doch auch nicht der Zweck dieser Zeilen, eine bestimmte Diagnose für den von mir gebrachten Fall zu stellen, sondern lediglich diesen, als bestimmt interessant, fixirt und an der Hand desselben den

Beweis geliefert zu haben, wie schwer es manchmal ist, Krankheiten mit „hämorrhagischer Diathese“ zu specialisiren, und damit die Eingangs gemachten Bemerkungen zu rechtfertigen. — Zum Schlusse sei mir gestattet, meinem verehrten Ordinarius Herrn Oberstabsarzt Dr. M. Vogl für gütigst ertheilte Erlaubniss der Veröffentlichung des Falles, Herrn Prof. Dr. F. Seitz für freundlichst gewährte Uebernahme des Protektorates der Arbeit und Herrn Privatdocenten Dr. C. Seitz für die so bereitwillige Unterstützung bei derselben meinen herzlichsten Dank auszusprechen.